48e Année, IIIe Série, t. II. NUMERO 34. 19 août 1880

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études à l'École de pharmacie de Paris, Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le No : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

BULLETIN FINANCIER

Banque Foncière.

Société anonyme.

Capital : **1,000,000** de francs.

Siège social : à Paris, 51 *bis*, rue Sainte-Anne.

La Bourse est en pleine morte saison; aussi, n'avons-nous rien de saillant à signaler dans les variations de nos rentes, de nos institutions de crédit et de nos grandes lignes pour cette semaine. Nous ne pouvons répéter que le conseil donné maintes fois à nos clients : de se débarrasser de leurs valeurs étrangères.

Nous leur signalons, comme un excellent arbitrage à faire, la souscription aux actions de la *Société Foncière de Montrouge*, émission dont ils trouveront ci-dessous tous les détails. Ils ne pourraient faire un emploi mieux garanti de leurs fonds, car c'est à la fois un *placement foncier* et *hypothécaire* : Tout le monde sait qu'on réalise des bénéfices considérables sur le morcellement des grandes propriétés et principalement des terrains environnant Paris; l'opération est donc excellente, car le prix de revient de 4 francs le mètre sera doublé et triplé par la mise en valeur de la propriété et sa vente par lots.

Nous avons donné dans nos précédents numéros la composition du conseil d'Administration, voici maintenant les rapports des experts :

Rapports des experts sur les valeurs des constructions actuelles et des terrains à bâtir.

L'an mil huit cent quatre vingt, le 28 avril, sur la demande de MM. les directeurs de la *Banque Foncière*,

Le soussigné, *architecte voyer* de Rosny, Président du conseil d'Administration de la Société anonyme des Constructeurs réunis, demeurant à Paris, rue d'Aboukir, n° 89, s'est transporté au Parc de Montrouge (Seine) pour expertiser la valeur vénale et productive de dix maisons (genre chalet) construites et mises en rapport sur lesdits terrains, ainsi que la valeur des terrains restant lotis et dont la surface totale est d'environ 82,000 mètres, non compris les rues et avenues ;

Après un minutieux examen, ledit architecte estime et affirme à tous intéressés, et particulièrement à MM. les directeurs de la Banque Foncière, que chaque maison, y compris murs de clôture, vaut au moins dix mille francs de construction et six cents francs de location, soit ensemble ....Fr. 100.000

et que les terrains restant à bâtir sont d'une valeur actuelle de plus de 500,000 fr., ci........ 500.000

Ensemble............ 600.000

Le tout susceptible d'une augmentation notable par suite d'une vente en détail.

Le terrain ne sera pas vendu moins de 8 fr. le mètre en détail.

En foi de quoi il en a dressé le présent rapport comme renseignement à tout intéressé. A. CHARPENTIER.

Paris, 25 avril 1880.

MESSIEURS MESCHINE ET DERENNE, *administrateurs-directeurs de la Banque Foncière.*

J'ai l'honneur de vous faire remettre l'estimation que vous m'avez demandée des terrains du Parc de Montrouge, que vous avez l'intention d'acheter.

Cette estimation, basée sur les prix des lots déjà vendus et sur la valeur minimum des terrains à bâtir environnants, donne les résultats suivants :

Valeurs des terrains à bâtir........................Fr. 459.300

Valeur moyenne de chacune des dix maisons, y compris les 300 mètres de terrain et les murs de clôture qui en dépendent, 10,000 fr., et pour les dix.. 100.000

Soit, pour l'ensemble de la propriété une valeur totale de.. 559.300

Certifié sincère et véritable par le soussigné, *géomètre-expert* à Paris. BERGER.

On voit par ce qui précède, qu'en s'étant assuré au prix de 420,000 fr. l'acquisition du Parc Montrouge, la Société est déjà en bénéfice de plus de 100,000 fr. avant le début de ses opérations; le surplus du capital sera employé en prêts et en constructions.

Les actions sont assurées d'un *revenu annuel* d'au moins 6 0/0, payable par semestre avec le produit des maisons actuellement louées, de celles qui seront incessamment construites, et par l'intérêt des avances aux acquéreurs.

La séance de l'Académie.

L'humoristique et aphoristique docteur L. L..., l'un des premiers parmi les médecins de ce temps-ci, me disait un jour, non sans dépit, après avoir palpé et percuté le ventre d'un malade : « L'abdomen attend encore son Laënnec ! »

Je songeais à cette exclamation en entendant M. Tillaux faire, avec cette verve et cette rondeur qui donnent tant de charme à son éloquence, le récit d'une opération pratiquée par lui. Des médecins, des chirurgiens, la fleur du panier, les candidats au Bureau central, des amis, des invités, après avoir réuni leurs lumières, examiné, discuté, avaient finalement abouti à un diagnostic : « invagination chronique de l'intestin. » Le malade souffrant horriblement, l'opération fut décidée sur ses instances réitérées. M. Tillaux, grand opérateur devant l'Eternel, trouva une tumeur du mésentère, chose rare, paraît-il, puisqu'elle avait mis en défaut les plus gros bonnets du corps médical.

Ce n'est pas une petite affaire que d'ouvrir le ventre de son semblable, mais grâce aux progrès de la chirurgie, grâce aussi à la méthode antiseptique, cette opération va finir par se vulgariser.

C'est ainsi que M. Gosselin, dans un élan d'enthousiasme chirurgical, dû sans doute au beau succès remporté par M. Tillaux, s'est écrié qu'en présence d'un cas semblable à celui de Beaujon, il n'hésiterait plus à ouvrir le ventre, pour se rendre compte de ce qu'il pourrait bien y avoir dedans !

C'est logique après tout, et si l'on parvient à démontrer que ces grandes incisions exploratrices ne présentent point de danger excessif, grâce au Lister, « le Laënnec de l'abdomen » sera remplacé par un bistouri, guidé par une main habile, dans un nuage d'acide phénique.

M. Tillaux est l'un des hommes que j'aime le mieux voir et entendre; sa figure respire la force, la finesse, la bonne humeur, sa voix est chaude et vibrante. Il parle à la diable et trouve sans les chercher des effets oratoires. Son éloquence s'impose, il faut l'écouter; sa mimique est expressive sans être vulgaire. Bien campé, très à l'aise, il expose avec beaucoup d'originalité et d'exactitude.

Le temps n'est plus aux cours purement didactiques, et nous estimons que le jour où M. Tillaux sera professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, ses élèves devront s'estimer très heureux, parce que c'est vraiment un homme fait pour enseigner.

CLINIQUE MÉDICALE

Des paralysies dans les maladies aiguës, par le Dr Louis Landouzy, médecin des hôpitaux (1).

L'étude des paralysies dans les maladies aiguës était entourée de difficultés nombreuses, tant par leurs variantes extrêmes dans la manière et le moment d'apparaître que par leurs dissemblances symptomatiques et la multiplicité, enfin des procédés mis en œuvre pour les produire; malgré toutes ces difficultés, c'est de main de maître que M. Landouzy nous a fait l'histoire de ces paralysies ; nous en résumerons ici les principaux traits.

En raison même de leurs manières si dissemblables de subordination aux pyrexies, on peut ranger les akinésies dans les maladies aiguës sous les épithètes suivantes :

— Paralysies. Accidents des maladies aiguës ;

— Paralysies. Epilogues des maladies aiguës ;

— Paralysies évoquées par les maladies aiguës.

Exposé clinique des paralysies dans les maladies aiguës.

1° *Dans la diphthérie.* — La fréquence de ces paralysies est remarquable, et telle qu'on pourrait presque dire qu'elles sont plus nombreuses que toutes les paralysies des autres maladies aiguës réunies. Sur 1,382 cas, il y a eu paralysie 155 fois, ce qui donne 11 0/0 (Sanné). C'est le plus souvent après les manifestations diphthéritiques, pharyngées, nasales ou cutanées que se développent ces paralysies. Le croup d'emblée étant rare et la mortalité énorme, il est difficile de dire, dans ces cas, quelle est la fréquence des paralysies ; il n'y a pas de statistique.

La diphthérie s'accompagne d'accidents paralytiques plus souvent dans l'âge adulte et dans l'âge mûr que dans le jeune âge ; il y a de plus une légère prédominance pour le sexe masculin. La paralysie peut survenir aussi bien après une diphthérie de courte durée qu'après une diphthérie grave. L'albuminurie ne paraît jouer aucun rôle dans la prédisposition aux paralysies ; c'est du moins l'opinion qui prédomine aujourd'hui.

Etudions maintenant les symptômes et la marche des paralysies diphthéritiques.

C'est en général quinze jours, trois semaines, après la disparition des fausses membranes que survient la paralysie.

Souvent il n'y a pas de malaise, pas de symptômes généraux pouvant faire prévoir le début des accidents.

Pour Sanné cependant leur début est annoncé fréquemment par la fièvre et par l'apparition ou la recrudescence de l'albuminurie. Quand, dit-il, dans la convalescence de la diphthérie on voit la courbe thermique se relever subitement, la paralysie est un des événements imminents.

C'est également l'opinion de Lorain et Lépine. D'après eux le début des accidents est annoncé par quelques symptômes généraux. On a noté fréquemment l'accélération du pouls et une augmentation sensible de la chaleur cutanée ; mais ce mouvement fébrile est loin d'être constant.

Maingault dit qu'il n'y a pas de fièvre, mais que la convalescence ne s'établit pas franchement, qu'il survient de l'amaigrissement qui n'est en rapport, ni avec une alimentation souvent bien supportée, ni avec l'époque déjà éloignée de la terminaison de l'angine.

Cette faiblesse, cet état adynamique consécutifs à la diphthérie sont tellement habituels qu'on ne saurait d'après eux prévoir l'apparition prochaine de la paralysie.

Weber, qui a étudié à Londres un grand nombre de cas de paralysies diphthéritiques, insiste beaucoup sur le ralentissement bien marqué du pouls.

Chez les enfants, on observerait de la tristesse, une irascibilité extrême, des colères fréquentes et sans cause. (Maingault.)

On voit en résumé qu'il n'y a rien de précis à cet égard. Quoi qu'il en soit, c'est ordinairement par le voile du palais que débute la paralysie ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Non seulement le voile du palais est généralement le premier affecté de paralysie diphthéritique, mais encore souvent celle-ci se limite exclusivement dans cette partie (Trousseau). Lorain et Lépine expriment la même opinion : c'est, disent-ils, par un trouble dans l'acte de la déglutition que se manifeste le début de la paralysie.

« Son lieu d'élection, ainsi que le remarque Sanné, celui auquel elle se limite d'ordinaire, est le voile du palais, auquel on doit joindre la partie supérieure du larynx. Cette dernière région est souvent lésée seule et presque toujours avant le voile du palais : le malade tousse au moment de la déglutition par suite du contact des aliments avec la muqueuse laryngée. » D'autres fois, mais assez rarement, c'est par une faiblesse de la vue que débutent ces accidents paralytiques.

---

(1) Thèse présentée au concours pour l'agrégation en médecine, 1880. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Ceux-ci, dans quelques circonstances, peuvent envahir à la fois les différents organes; la paralysie est d'emblée générale, et alors frappe simultanément le voile du palais, les membres et les différents appareils; ou bien ce qui est exceptionnel, la paralysie du voile du palais a complètement disparu lorsque les autres accidents se produisent.

Les troubles nerveux débutent donc ordinairement par le voile du palais, pour gagner les muscles oculaires, puis s'étendre ensuite aux membres inférieurs, aux membres supérieurs qui sont pris en général peu de temps après.

On peut voir dans le tableau suivante emprunté à Maingault dans quelle proportion sont atteints les différents organes :

Paralysie du voile du palais......	70
Paralysie généralisée............	64
Amaurose......................	39
Paralysie des membres inférieurs.	13
Strabisme......................	10
Paralysie des muscles du cou et du tronc......................	9
Troubles de la sensibilité sans affaiblissement musculaire......	8
Anaphrodisie....................	8
Paralysie du rectum.............	6
Paralysie de la vessie............	4

La marche de la paralysie n'est pas toujours la même, mais il s'en faut que les accidents aient toujours la mutabilité que Trousseau a donnée comme caractéristique de la diphthérie.

Quelle est la durée de ces paralysies ? Lorsque le voile du palais est seul pris, la faiblesse de cet organe disparaît au bout de dix, quinze jours, trois semaines ; lorsque la paralysie se généralise, elle peut durer trois ou quatre mois, la paralysie diphthéritique ne laisse pas habituellement de suites fâcheuses : rarement on a noté l'atrophie musculaire à marche rapide; la guérison est fréquente.

Sur 117 observations analysées par M. Landouzy, on compte 16 cas de mort; 12 0/0 (Lorain et Lépine). La mort peut souvenir par asphyxie, par inanition, par syncope, etc.

2° *Dans la fièvre typhoïde.* — Les paralysies peuvent se montrer à toutes les périodes de la maladie, mais celles de la convalescence sont les plus nombreuses. La forme paraplégique est la plus fréquente ; elle est en général d'assez courte durée; elle se développe rapidement ou même subitement, persiste quelques semaines, puis disparaît graduellement au bout de quelque mois. Rarement la paralysie se généralise.

La forme hémiplégique s'observe quelquefois, et chez les enfants en particulier la forme aphasique. Dans ce cas encore les accidents sont en général passagers et suivis d'une restitution complète.

La paralysie vésicale est fréquente dans le cours ou la fin d'une fièvre typhoïde. Quelquefois, enfin, on constate l'existence de paralysies limitées au voile du palais, à un groupe musculaire, d'une zone de distribution nerveuse, etc. Enfin il faut rapprocher de ces paralysies limitées l'amyotrophie par altération de la fibre musculaire (Zeuker) ; ainsi à côté des paralysies d'origine centrale, médullaire et cérébrale, à côté des paralysies dues à une inflammation du conducteur, à une névrite, se placent des impotences fonctionnelles dues à une altération directe du muscle.

3° *Dans la fièvre pétéchiale, le typhus des armées, la fièvre récurrente ou à rechutes, etc.*, qui ont plus d'une connexion avec la fièvre typhoïde, on peut rencontrer des paralysies analogues.

4° *Dysentérie aiguë.* — La paralysie peut rester localisée au rectum qui est le plus souvent atteint. Parmi toutes les formes que l'on a décrites, c'est la paralysie des deux membres inférieurs qui est la plus ordinaire : celle-ci est d'abord incomplète et s'accompagne de fourmillements dans les membres, d'hyperesthésie cutanée, de douleurs aiguës irradiées sur le trajet des nerfs ; puis la paralysie motrice s'accentue, devient absolue en même temps que les phénomènes douloureux sont remplacés par une anesthésie et une analgésie parfois absolue. Cette paralysie paraît dépendre d'une myélite; la démonstration anatomique n'en est pas encore bien établie.

Les entérites et les diarrhées doivent être rapprochées de la dysentérie.

5° *Choléra.* — Les paralysies sont peu fréquentes dans le choléra. Au début, on peut voir survenir la paralysie de l'orbiculaire (de Graefe), qui peut s'accompagner plus tard de véritables ulcérations de la cornée. Drasche et Griesinger citent des cas de paralysie limitée à certains muscles des membres, coexistant ordinairement avec certains troubles de la sensibilité; ces paralysies porteraient surtout sur les extrémités.

Ces paralysies paraissent relever des troubles fonctionnels ou nutritifs dont les nerfs ont été le siège lors du ralentissement et des difficultés des circulations locales à la période algide; elles sont ordinairement légères et guérissent.

Dans quelques cas, la gravité était due à des lésions profondes de la moelle; c'est l'exception.

6° *Grippe.* — C'est plutôt un anéantissement général que des paralysies proprement dites qu'on observe dans ces cas.

7° *Fièvre intermittente.* — Les paralysies des fièvres intermittentes ont des allures variables ; tantôt elles font vraiment cortège à l'accès, elles apparaissent avec l'accès et cessent avec lui; tantôt elles prennent tellement le pas sur les éléments du syndrome paludéen qu'elles constituent, pour ainsi dire, à elles seules toute la maladie (fièvre pernicieuse paralytique) ; tantôt, enfin, elles perdent leurs allures brusques et soudaines, elles ne constituent plus des paralysies de la fièvre d'accès ; elles apparaissent chez de vieux paludéens en proie à la cachexie maremmatique et sont le résultat de lésions complexes dont l'étude ne ressortit pas au sujet que M. Landouzy avait à traiter.

Les paralysies du premier groupe, c'est-à-dire celles qui surviennent dans le cours des accès simples de la fièvre intermittente, sont en général transitoires, essentiellement liées à l'accès et disparaissent avec lui.

C'est l'aphasie qu'on observe ordinairement, mais avec intégrité de l'intelligence; c'est là un caractère qui différencie ce premier groupe du second.

Celles du second groupe sont consécutives aux accès pernicieux; elles sont plus fréquentes que les premières ; elles persistent souvent plus ou moins longtemps après la cessation de l'accès. Si un nouvel accès intervient, il y a ordinairement aggravation de la paralysie. Les formes sont ici des plus variables ; l'aphasie, la paraplégie, l'anesthésie partielle, les troubles de la vision et de l'ouïe, les troubles limités à un groupe de muscles, à la moitié du corps, etc., sont les plus fréquentes. L'intelligence est ici frappée; les individus ont perdu connaissance; ils ont subi une atteinte plus grave. Ce sont évidemment là les distinctions nouvelles à établir entre les différentes paralysies liées à la fièvre intermittente.

Si les premières sont le plus souvent transitoires et justiciables du sulfate de quinine, il n'en est plus de même de ces dernières qui peuvent résister même aux révulsions et amener la mort.

Ces paralysies, en raison de leur guérison possible et assez rapide, ont été attribuées à des phénomènes congestifs cérébraux ou médullaires; mais peut être l'embolie pigmentaire joue-t-elle également un rôle. Toujours est-il que l'hyperémie (ordinairement corticale), exagérée par une altération vasculaire de la paroi (déchirure, rupture d'anévrysmes capillaires) et du contenu

(pigment) paraît l'hypothèse la plus rationnelle à laquelle nous devons nous rattacher. Le poisson marémmatique peut aussi se fixer sur la moelle.

8° *Variole.* — La rachialgie que les malades éprouvent dépend, dit Trousseau, d'une maladie de la moelle, et la preuve c'est que cette douleur peut s'accompagner de paraplégie, ordinairement incomplète; elle apparaît en général avant la période éruptive en même temps que la rachialgie, et disparaissent au moment de l'éruption. La paraplégie peut cependant survenir plus tard, et c'est pendant la convalescence que ces troubles moteurs se développent le plus fréquemment. Quelquefois, on a observé de l'hémiplégie avec ou sans aphasie, ainsi que des troubles variés de la sensibilité et de l'atrophie musculaire limitée à certains groupes.

9° *Rougeole.*— Dans la rougeole les paralysies paraissent être fort rares; c'est presque toujours chez des enfants qu'elles ont été observées, et ordinairement dans les huit jours qui suivent l'exanthème et même pendant la convalescence.

On cite quelques faits de paraplégie et d'hémiplégie. On a vu, mais rarement dans la variole et dans la rougeole, la paralysie revêtir la forme ascendante à marche rapide. En général ces paralysies sont passagères.

10° *Scarlatine.* — En écartant les faits d'encéphalopathie albuminurique, les complications rhumatismales, et enfin les manifestations hystériques appelées par la convalescence, les akinésies scarlatineuses sont rares. Ces paralysies scarlatineuses apparaissent soit pendant l'évolution de l'exanthème, soit pendant la convalescence; c'est la forme cérébrale qu'on a observée le plus ordinairement. Lorsqu'elles apparaissent dans les quinze premiers jours, le pronostic serait grave, et favorable, au contraire, si elles ne se développent que pendant la convalescence.

11° *Erysipèle.* — Les paralysies ne s'observent ici qu'à titre exceptionnel, et presque exclusivement dans l'érysipèle de la face.

Ordinairement passagères et peu durable, ces paralysies s'associent à des troubles de l'intelligence ou des sens qui témoignent hautement des « procédés cérébraux » mis en œuvre pour les produire. Dans quelques cas elles sont très graves, mais sont alors symptomatiques de méningo-encéphalites profondes, parfois suppurées, qui compliquent quelquefois l'érysipèle de la face. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Des grandes opérations chez les phthisiques (*amputation et résection*).

I. — *Résultats généraux.*

L'appréciation de ces résultats est basée sur 94 observations (1).

Sur 94 opérations, nous trouvons 63 morts; ce qui donne une mortalité de plus de 67 0/0; chiffre de beaucoup inférieur au chiffre réel, comme nous le démontrerons plus loin.

Si nous étudions ces résultats généraux au point de vue de l'état général, nous voyons que les phthisiques meurent d'autant plus sûrement que leur état de cachexie est plus avancé; ce qui est précisément l'inverse pour les cas dits de guérison; car les seuls qui sont notés comme guéris sont des phthisiques peu avancés, ordinairement des phthisiques au premier ou à peine au second degré.

Si on additionnait les morts qui reviennent à la phthisie au troisième degré, on obtiendrait un total inférieur à celui que donne le second ou le premier degré, ce qui tient simplement à ce fait qu'on a opéré plus de malades au second et au premier degré, c'est-à-dire plus de sujets qui n'étaient phthisiques encore qu'à un faible degré ou dont la tuberculose était douteuse que de sujets profondément cachectiques.

Nous ne pouvons donc pas donner des chiffres, qui ne seraient pas comparables. De plus, dans un grand nombre d'observations, l'état général est trop imparfaitement noté pour nous permettre de fournir des résultats plus précis. Nous nous bornons donc à ces appréciations générales. Ces résultats sont du reste faciles à interpréter; il suffit de se rappeler quelles sont les différences du terrain sur lequel on opère.

Les guérisons ont donné les chiffres suivants : sur 94 cas, on a noté 31 guérisons, sur lesquelles 21 guérisons complètes, 10 guérisons incomplètes. Mais étudions ces faits et voyons quelle en est la valeur.

Parmi les guérisons incomplètes, nous trouvons que tous les opérés ont été perdus de vue quelques jours ordinairement, rarement quelques mois après l'opération. On note à cette époque l'état suivant : en voie de guérison, état stationnaire, amélioration, on prévoit la mort, etc. Ce qui revient à dire que les malades ont quitté le chirurgien ordinairement avant que la cicatrisation fût complète, alors que les lésions pulmonaires étaient stationnaires ou légèrement améliorées; dans quelques cas enfin elles continuaient à évoluer. Presque tous les opérés de cette catégorie sont donc destinés à succomber dans un temps plus ou moins proche. Si donc on les eût suivis pendant quelques mois, ils eussent tous été notés comme morts et eussent augmenté la proportion de la mortalité.

Que valent actuellement les guérisons dites complètes? Ces dernières se rapportent à des sujets chez qui on a obtenu pour la plupart une guérison locale complète, et une guérison ou tout au moins une grande amélioration de l'état général.

Voici un résumé de ces guérisons dites complètes :

1° *Amputations.*

Obs. I. — Récidive locale et générale après 2 ans.
— II. — Récidive locale et générale après 4 ans.
— III. — Hémoptysie au bout d'un an, puis perdu de vue.
— IV. — Mort 5 ans après de fluxion de poitrine.
— V. — Perdu de vue au bout de 3 mois.
— VI. — Perdu de vue au bout de 7 mois.
— VII. — Mort 7 ans après de phthisie.
— VIII. — Mort 2 ans après de phthisie.
— IX. — Mort 4 ans après de phthisie.
— X. — Mort 7 ans après de phthisie.
— XI. — Mort 1 an après de phthisie.
— XII. — Guérison totale, revu pour la dernière fois 4 mois après l'opération.

2° *Résections.*

Obs. XLV. — Perdu de vue 7 mois après l'opération.
— XVL. — Perdu de vue 8 mois environ.
— XVLI. — Perdu de vue 6 mois environ.
— XVLII. — Perdu de vue 6 mois environ.
— XLIX. — Mort 3 ans après de phthisie avec carie vertébrale.
— L. — Mort 4 ans après de tuberculose pulmonaire.
— LI. — Mort quelques mois après de tuberculose.
— LII. — Mort 2 ans après de phthisie.
— LIII. — Mort 3 ans après de phthisie.

Si nous relevons l'époque à laquelle ces opérés sont notés comme guéris, ou mieux l'époque à laquelle ils ont été perdus de vue, nous voyons que, pour la plupart, c'est après quelques mois, 7 à 8 mois en moyenne; quelque temps à peine après

(1) Voir Leroux. Thèse de Paris, 1880, p. 88.

l'achèvement de la cicatrisation, laquelle même n'est pas toujours complète, surtout pour les résections. Or, que deviennent tous ces opérés? Restent-ils complètement guéris à la fois de leur affection locale et de leur affection générale? ou bien l'opération n'a-t-elle amené qu'un temps d'arrêt dans l'évolution de la tuberculose, laquelle au bout de quelques mois, quelques années évolue de nouveau et les tue.

Si nous nous en rapportons aux quelques faits dans lesquels les opérés ont été suivis pendant plusieurs années, on voit qu'un certain nombre d'entre eux, sortis « guéris » de la main du chirurgien, succombent, quelques mois ou quelques années après, à une nouvelle poussée tuberculeuse.

Dans l'observation III, l'opéré va bien, engraisse ; au bout d'un ans survient une hémoptysie qui démontre que l'affection pulmonaire, bien que guérie en apparence, n'est point éteinte.

Dans les autres, la mort arrive 2, 4, 7 ans après l'opération. Ce n'est évidemment point cette dernière qui est responsable de ce résultat à date fort éloignée; mais toujours est-il qu'elle n'a guéri que l'affection chirurgicale et n'a que retardé l'évolution de la tuberculose. Quant à ceux qui sont restés guéris, ce sont surtout ceux qui ont été perdus de vue. Mais que sont-ils devenus un an, deux ans après? nous l'ignorons. Auront-ils une récidive? le fait est possible, témoin les deux observations suivantes, qui montrent combien une statistique exacte sur ces résultats est difficile, sinon impossible à obtenir.

Un garçon de 34 ans (obs. I) entre le 25 janvier 1873 dans le service de M. Verneuil pour une ostéo-arthrite du pied gauche, avec des signes de tuberculose au début. M. Verneuil l'ampute; il sort le 17 juin 1874, l'état local et l'état général sont excellents. M. Cadeau (1) qui, dans sa thèse, rapporte l'observation, le range parmi les cas de guérison. Or, deux ans après, M. Bernard (2) nous donne la suite de l'observation de ce malade qui de nouveau est rentré chez M. Verneuil avec une ostéite de la colonne vertébrale. La phthisie fait chaque jour des progrès rapides et la mort est certaine. Ainsi voilà un opéré qui est placé d'abord dans les cas de guérison, et qui, s'il eût été suivi pendant deux ans, eût été mis à la colonne des morts.

Autre fait : un malade de 28 ans (obs. II) se présente avec une ostéo-arthrite suppurée tarso-métatarsienne, il existe en même temps quelques signes de tuberculose. On l'ampute. La plaie se cicatrice, l'état général s'améliore, il sort guéri. Pendant trois ans, il va bien. Au bout de quatre ans, il revient avec un abcès du moignon, des trajets fistuleux, etc.; l'état général est peu satisfaisant, les signes de tuberculose sont très nets. Il guérit de nouveau. On l'envoie à la campagne. On le revoit l'année suivante la guérison se maintient. En sera-t-il toujours de même et ne verra-t-on pas quelque jour une troisième récidive? Peut-être pas, s'il reste à la campagne et s'il observe une excellente hygiène.

Tous ces faits démontrent, à notre avis, qu'il ne faut pas trop vite accepter ces faits de guérison complète. Nous ne nions nullement que ce résultat soit possible, mais tous ces opérés ont été perdus de vue trop rapidement pour que nous ayons une confiance absolue dans les résultats tels qu'ils nous sont fournis. Les quelques faits que nous avons cités précédemment doivent nous engager à montrer cette réserve.

La guérison est néanmoins possible, nous en sommes convaincus; mais, nous le répétons, c'est là l'exception. Dans les conditions dans lesquelles on opère et surtout dans les conditions de thérapeutique et d'hygiène consécutives dans lesquelles se trouvent après l'opération la plupart de ces sujets, nous pensons qu'il est prudent de ne pas compter sur un pareil succès.

Que l'on cherche parmi les anciens amputés qui se présentent journellement dans les hôpitaux combien il y en a qui ont été quelques années auparavant amputés pour une tumeur blanche ; que l'on cherche combien d'entre eux étaient tuberculeux au moment de l'opération; on n'en trouvera que fort peu, si même on en trouve, qui soient complètement guéris. Ou bien ils sont morts, ou bien ils se présentent avec une récidive locale ou générale.

Il faut, en effet, savoir que non seulement les opérés de la catégorie qui nous occupe sont des tuberculeux, mais qu'ils sont aussi des scrofuleux.

Or, on sait très bien aujourd'hui, depuis les travaux de M. Verneuil et de ses élèves, MM. Clipet, Eonnet, Cadeau, Bernard, ce que deviennent les scrofuleux après les amputations ou les résections.

On s'est illusionné en proclamant l'excellence des résultats des opérations qu'ils subissent comme heureux par le seul fait qu'elles n'entraînent pas une mort rapide. Mais au lieu de tenir compte des résultats immédiats, qu'on recherche les résultats éloignés, et on verra qne si l'on obtient ordinairement un succès opératoire, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observe un succès thérapeutique. « Le bistouri supprime aisément les lésions, dit Verneuil (1), mais il ne modifie guère la maladie constitutionnelle. »

On ampute un scrofuleux pour une tumeur blanche, l'affection locale guérit; mais c'est dans une autre jointure que se manifeste bientôt la maladie constitutionnelle. La thèse de M. Eonnet, celle de M. Bernard en abondent d'exemples; nous-même en avons observé dans le service de M. Verneuil un cas remarquable que nous consignons à la fin de ce travail.

Ce n'est point en France seulement que ces observations ont été faites ; en Angleterre, sir James Paget (2), en Allemagne, Billroth (3), en citent des exemples. Ce dernier s'exprime ainsi : Je m'aperçois malheureusement qu'un grand nombre de ceux qui, après des années de souffrances, avaient quitté l'hôpital dans un état de santé parfaite, y reviennent au bout de un ou deux ans avec une carie d'autres os ou une tuberculose pulmonaire pour ne point le quitter. Je n'ai pas encore été à même de dresser une statistique étendue de l'issue définitive des maladies osseuses et articulaires, mais je crains fort qu'elle ne soit plus défavorable qu'on ne semble le croire généralement. »

Nous conclurons donc en disant que :

1° Jusqu'alors on n'a guère obtenu que des succès opératoires.

2° Jusqu'alors l'insuccès thérapeutique a été la règle et le succès l'exception.

(*A suivre.*)

CHIMIE

APPLIQUÉE A L'HYGIÈNE ET AUX FALSIFICATIONS.

Composition et analyse du vin.

Recherche des altérations frauduleuses de ce liquide,
par L. Magnier de la Source.
(Suite.)

M. Houdart a déterminé la densité des extraits de vingt-deux échantillons de vins des différentes régions de la France (Bor-

---

(1) Cadeau. Influence des suppurations prolongées sur la production des tubercules pulmonaires. Thèse de Paris, 1874.

(2) Bernard. Résultats opératoires chez les scrofuleux. Thèse de Paris, 1875, p. 45.

(1) Rapport à la Soc. de chir., juin 1875.

(2) Clinique chirurgicale, p. 11.

(3) Eléments de pathologie chirurgicale générale, 1878, p. 479.

delais, Bourgogne, Centre et Midi). Il a trouvé, comme valeurs extrêmes, les nombres :

1,83 et 2,05

qui sont, on le voit, aussi rapprochés l'un de l'autre qu'il était permis de l'espérer.

La valeur moyenne des densités obtenues, par M. Houdart étant 1,94, l'auteur admet dès lors que ce nombre 1,94 représente la densité moyenne de l'extrait sec de tous les vins français non sucrés; par des considérations simples et rigoureuses, il prouve ensuite que si l'on représente par p le poids de l'extrait sec d'un litre de vin, par D la densité de ce vin à + 15°, par D' la densité également à 15° d'un mélange d'eau et d'alcool au même titre que le vin examiné, par c la densité de l'extrait sec, et par d la densité de l'eau à zéro ; il existe entre ces divers éléments la relation :

$$p = \frac{1{,}000c}{c - d} (D - D')$$

qui devient :

$$p = 2{,}062 (D - D')$$

Si l'on remplace c par 1,94, et d par sa valeur. Les tables de Gay-Lussac fournissent d'ailleurs les valeurs de D' en fonction du titre alcoolique Θ, on connaîtra donc p dès qu'on aura déterminé D et Θ.

Pour éviter aux expérimentateurs la répétition journalière du calcul de p, M. Houdart a dressé une table des différentes valeurs de cet élément pour les valeurs successives de D et de Θ de 987 à 1,002 pour D, et de 7 à 17°,5 pour Θ. Il a fait construire, en outre, pour la détermination de D, un densimètre très sensible, gradué de 0 gr.2 en 0 gr.2 de 987 à 1,002, et auquel il a donné le nom d'œnobaromètre.

Calcul des erreurs possibles dans la détermination de l'extrait sec du vin par le procédé Houdart.

Les erreurs qui peuvent résulter de l'emploi de l'œnobaromètre sont de trois ordres :

1° Erreurs dues à l'inexactitude du coefficient moyen 1,94;

2° Erreurs dues à l'inexactitude de la détermination de la densité du vin;

3° Erreurs commises dans la détermination du titre alcoolique.

Supposons le cas le plus défavorable ; celui où toutes les erreurs s'accumulent, celui, par exemple, où la valeur admise pour le coefficient c étant trop élevée, on commet une erreur par défaut à la fois dans la détermination de la densité D, et dans celle du titre alcoolique Θ.

Supposons c égal à sa valeur minima (1,83). Admettons, en outre, qu'on ait commis sur D une erreur de 0,2 (1) et sur Θ une erreur de 0,25 ; et qu'on ait pris :

D = 998 et D' = 986,2

alors qu'il eût fallu trouver :

D = 998,2 et D' = 985,9

La formle $p = \frac{1000c}{c-d} (D-D')$ donnera :

p = 2,062 (998 — 986,2) = 24 gr. 33, alors que le poids réel est :

p = 2,202 (998,2 — 985,9) = 27 gr. 08.

Ainsi en supposant réalisées les conditions les plus défavorables, ce qui, en pratique, ne se produira pour ainsi dire jamais, la différence entre le poids d'extrait trouvé par l'œnobaromètre et le poids réel de cet extrait sera de 2 gr. 75 par litre de vin, erreur assurément considérable si l'on ne tient compte que du faible poids d'extrait sur lequel elle est commise, mais admissible autant que limite maxima si on la rapporte, ainsi qu'il convient de le faire, au poids total du vin, c'est-à-dire non à 27 grammes mais à 1 kilogramme.

Le meilleur éloge que l'on puisse faire du procédé de M. Houdart me semble, du reste, ressortir de la comparaison établie par l'auteur entre les résultats obtenus par l'emploi de l'œnobaromètre et par la dessiccation directe du vin, dessiccation opérée dans des conditions sur lesquelles je vais bientôt revenir, et qui en rendaient les résultats tout à fait comparables les uns aux autres.

Sur trente-quatre déterminations effectuées par les deux méthodes et sur des vins très divers, la différence des extraits n'a jamais dépassé 0 gr. 7 par litre de vin, elle n'a d'ailleurs atteint ce maximum qu'une seule fois. On voit donc que si l'erreur théoriquement possible atteint 2 gr. 75, il est permis d'espérer qu'en pratique elle ne dépassera jamais 1 gramme, puisque sur trente-quatre essais M. Houdart n'a jamais obtenu un pareil écart.

Pour obtenir, par la dessiccation directe à 100°, des résultats toujours comparables entre eux, M. Houdart se plaçait dans les conditions qu'il définit en ces termes.

« Je propose, dit-il, de considérer comme extrait sec la matière extractive du vin obtenue de la manière suivante :

« Je prends 25 cc. de vin, je les verse dans une capsule de platine à fond plat et du poids de 21 grammes.

« Cette capsule est placée sur un bain-marie chauffé à l'eau bouillante ; après la disparition complète de l'eau et de l'alcool, le résidu pâteux d'abord, gommeux ensuite, est chauffé pendant quatre heures encore, puis après refroidissement au-dessus d'un vase contenant de l'acide sulfurique concentré, la capsule est pesée de nouveau ; l'augmentation de son poids multiplié par 40 donne le poids de l'extrait contenu dans un litre de vin. »

J'ai vérifié par 600 dosages opérés dans les conditions indiquées par M. Houdart la concordance des résultats obtenus avec ceux que fournissait l'œnobaromètre. La différence maxima a été de 2 gr. 07 (1) ; et dans 480 déterminations elle n'a pas dépassé 0 gr. 50.

Voici en quels termes s'exprimait de son côté en 1879 un savant dont la haute compétence en ces matières ne peut faire doute pour personne, M. Ch. Bardy, directeur des laboratoires de l'administration des contributions indirectes :

« Nous avons fait un très grand nombre d'analyses de vins de provenances très diverses, la moyenne de 547 échantillons nous a donné :

Extrait sec déterminé à l'étuve	19,28
— par la méthode E. Houdart	18,59
Différence entre les deux méthodes. .	0,67

« Ces résultats montrent que la méthode proposée par M. E. Houdart permet de déterminer l'extrait sec des vins, avec une approximation moyenne d'environ un demi-gramme par litre ; comme cette méthode est simple et rapide nous estimons qu'elle peut rendre de réels services. »

J'insiste particulièrement sur ces résultats parce que la prise de l'extrait sec du vin étant une opération dont la seule utilité consiste à fournir un élément important de la valeur ou de l'identité de ce liquide, il est de la plus haute nécessité d'adopter

(1) Il est impossible de supposer que l'erreur commise sur D soit supérieure à 0,2, lorsqu'on fait usage de l'œnobaromètre, et qu'on ne néglige aucune des précautions et des corrections indiquées.

L'erreur supposée commise sur D' correspond à 0,25 dans la détermination du titre alcoolique Θ.

(1) Il s'agissait dans ce cas tout à fait exceptionnel d'un vin donnant par évaporation 41 grammes d'extrait sec, bien qu'il ne fût pas sucré.

une méthode qui donne des nombres identiques aux divers expérimentateurs appelés à procéder à l'analyse d'un même vin.

Cette similitude de résultats ne sera pour ainsi dire jamais obtenue par la dessiccation à 100°, car il sera toujours extrêmement difficile à deux chimistes d'opérer dans des conditions absolument semblables ; elle le sera au contraire d'une façon très suffisante dans la pratique ordinaire par l'emploi de l'œnobaromètre.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE

Sur l'utilité de l'enseignement de l'Art culinaire.

(Suite et fin.)

Une nourriture insuffisante conduit fatalement à l'usage des boissons alcooliques; l'usage mène à l'abus. Il vaut donc mieux rendre leur usage superflu par une alimentation rationnelle. Chose bizarre! L'alimentation est la chose la plus importante de notre existence, et nous confions la préparation de nos aliments à des domestiques sans expérience culinaire, sans instruction pratique ni théorique! Il est donc nécessaire d'élever ces fonctions à la dignité d'une profession et, dans ce but, de créer des établissements dans lesquels serait enseigné méthodiquement l'art culinaire.

Dans la Suisse allemande il y a quelques institutions de ce genre, toutefois il faut se transporter en Angleterre et en Amérique pour trouver de véritables *écoles d'art culinaire.*

L'Ecole nationale culinaire de Londres (National training School for Cookery) comprend un vaste local où ont été construits un laboratoire de cuisine et un amphithéâtre pour les auditeurs. Le laboratoire est pourvu de tous les appareils nécessaires à la préparation des mets. Les différents types de fourneaux, les différents moyens de chauffage, par la houille, le gaz et le pétrole, y sont représentés. Outre le matériel du laboratoire proprement dit, l'Ecole de Londres a encore une batterie de cuisine particulière pour les leçons pratiques destinées à servir de démonstration pendant la leçon théorique. Une semblable institution serait incomplète, s'il n'y avait une salle de dégustation; aussi les aliments préparés sont-ils consommés en partie par les élèves et le personnel enseignant, et en partie vendus aux personnes qui en font la demande.

Cette école a été divisée en deux classes : dans la première, on enseigne la *cuisine ordinaire*, c'est-à-dire la cuisine de l'ouvrier; dans la seconde, on enseigne la *cuisine bourgeoise.*

Outre ces deux classes, on a organisé des *cours privés* pour les jeunes filles de la classe riche, et des *conférences* avec démonstrations pour les femmes de la classe ouvrière, qui peuvent ainsi passer quelques heures de la soirée d'une manière à la fois utile et agréable. Le prix de l'écolage est un peu élevé et ne serait pas en harmonie avec nos habitudes démocratiques; il ne faut pas perdre de vue toutefois que l'Ecole de Londres est surtout une école normale, sorte de pépinière, où l'on forme des institutrices.

Les élèves doivent faire preuve de connaissances générales assez semblables à celles qu'on exige, en Suisse, pour l'obtention du brevet d'institutrice d'écoles primaires.

Le programme est très complet; les examens de sortie sont très sévères. « Les élèves sont isolées dans une salle et surveillées par un membre du comité. Il ne leur est pas permis de consulter un livre, ni d'adresser la parole à une voisine. Les questions sont tirées au sort, et on accorde aux candidats deux heures pour répondre aux questions qui leur sont tombées en partage. Lorsque ces deux heures sont écoulées, les feuilles d'examen sont recueillies, et ensuite viennent l'examen oral et l'examen pratique. Ce dernier consiste en une leçon pratique donnée dans la salle des conférences, et la leçon d'épreuves est accompagnée d'une préparation culinaire. »

Par quelques-unes des questions qui sont posées, on pourra se faire une idée exacte du niveau scientifique de cette école normale :

« Comment ferez-vous pour déterminer la capacité calorifique de la tourbe dont vous voulez faire provision?

« Quel essai ferez-vous pour vous assurer que l'émail (qui recouvre certains vases culinaires) ne contient pas de plomb?

« Quel est le degré de chaleur nécessaire pour cuire les aliments?

« Quels sont les trois groupes de substances alimentaires que l'on rencontre dans les aliments? »

Suivent une série de questions sur la composition chimique des aliments, sur les changements que l'eau bouillante opère sur un morceau de viande et sur les légumes?

« Donner comme exemple le menu d'un dîner pour une famille d'artisans, composée du père, de la mère, et de trois enfants âgés de 10 à 15 ans. Indiquer le poids exact des substances choisies. »

Si les candidats répondent d'une façon satisfaisante aux différentes questions dont le Dr Guillaume nous donne des spécimens, on doit reconnaître que des femmes aussi solidement armées doivent rendre ainsi les plus grands services au point de vue de l'économie domestique.

« Parmi les élèves de l'école normale, dit M. le Dr Guillaume, se trouvent des filles de pasteurs, de médecins, d'avocats, qui ont fait de l'art culinaire leur vocation (!), de sorte qu'on rencontre dans ces cours pratiques beaucoup de jeunes demoiselles à la fois honorables et charmantes, qui se destinent à l'enseignement, et d'autres appartenant à la classe riche, qui ambitionnent, avec raison, d'être autre chose que l'agrément oisif de leurs futurs ménages. »

Plusieurs écoles de cuisine ont été fondées, en Angleterre, sur le modèle de l'Ecole normale de Londres. L'idée qui a présidé à la création de ces établissements utiles a rencontré un excellent accueil dans le peuple Anglais.

Le Dr Guillaume fait en Suisse une chaleureuse propagande en faveur de la création d'une école de cuisine. C'est à l'initiative privée et surtout à l'initiative féminine qu'il s'adresse.

Nous souhaitons que le succès réponde à ses efforts.

Pourquoi ne ferait-on pas en France quelque chose d'analogue? Si l'institution d'une école nationale de cuisine est une idée trop nouvelle pour faire rapidement son chemin, pourquoi ne commencerait-on pas dans les pensions de jeunes filles à s'occuper de leur éducation sociale. Pourquoi, comme le voudrait le Dr Guillaume, n'introduirait-on pas une épreuve culinaire dans le programme de l'enseignement primaire? Pourquoi, tour à tour, les jeunes filles ne seraient-elles pas initiées, dans leur pension, au choix, à la préparation des aliments? La cuisine du couvent n'est-elle pas l'école pratique culinaire toute trouvée? Une pareille réforme dans l'éducation de nos jeunes filles est une chose simple, utile, facile à réaliser; l'hygiène en tirerait le plus grand profit. Combien de temps se passera-t-il avant qu'elle soit entrée dans nos mœurs?

Dr Galippe.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *août* 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. **Turquet** fait savoir à l'Académie qu'il vient de commander à M. Soldi un buste en marbre du Pr **Broca**, pour l'Académie de médecine.

M. **Chatin** présente un mémoire de MM. **Ed. Heckel** et **Fr. Schlagdenhauffer**, intitulé : Nouvelles recherches sur le suc du mancenillier (*hippomane mancenilla*, L.).

M. **Alph. Guérin** lit un rapport sur un rapport adressé à l'Academie par le Dr **Lebastiere Cannizaro** (de Catane) et intitulé : Blessure de l'estomac par arme à feu, guérie au moyen d'une opération d'anaplastie.

L'Académie procède à l'élection des commissions de prix pour l'année 1880.

Commisssions de prix pour l'année 1880. — Prix *de l'Académie*, MM. Bourdon, Guéneau de Mussy (Henri), Hérard, Lancereaux et Woillez. — Prix *Portal*, MM. Bouley, Duplay, Guyon, Richet et Robin. — Prix *Civrieux*, MM. Bouillaud, Charcot, Peter, G. Sée et Vulpian. — Prix *Barbier*, MM. Colin (d'Alfort), Fournier, J. Guérin, Hervieux et L. Le Fort. — Prix *Capuron*, MM. Blot, Depaul, Guéniot, Sappey et Tillaux. — Prix *Godard*, MM. Roger, Jaccoud, Moutard-Martin, Raynaud et Villemin. — Prix *Desportes*, MM. Dujardin-Beaumetz, Marrotte, Oulmont, C. Paul et Pidoux. — Prix *H. Buignet*, MM. Gautier, Giraud-Teulon, Planchon, J. Regnault et Riche. — Prix *Fabret*, MM. Baillarger, Blanche, Lasègue, Luys et Peisse. — Prix *Huguier*. MM. Gosselin, Tarnier, Trélat, Ricord et Verneuil.

M. **Tillaux** fait une communication sur l'ablation d'une tumeur du mésentère qui avait été prise pour une invagination intestinale chronique. Il s'agit d'un homme de 31 ans qui a été pris le 25 mai dernier, en pleine santé, d'une douleur très vive dans l'abdomen. Il souffrit toute la nuit et le lendemain se rendit à l'hôpital, où l'on diagnostiqua un rein flottant. Il resta pendant quinze jours dans un état stationnaire. Au bout de ce temps, il vint à Beaujon, où il entra dans le service de M. **Millard**. Ce malade avait des crises douloureuses, ne pouvait rester étendu sur le dos et dormait la tête sur les genoux ; quand il quittait cette situation, il était pris d'accès de suffocation. Pendant quarante jours il resta à l'hôpital, n'allant que très difficilement à la selle et ne prenant que très peu de nourriture. Le diagnostic porté fut : invagination intestinale chronique. En présence des souffrances éprouvées par le malade, une opération fut décidée et l'on trouva une tumeur du mésentère, grosse comme une tête de fœtus, à contenu crémeux. Le malade s'est rétabli promptement, et depuis il n'a présenté aucun symptôme douloureux.

M. **Tillaux** insiste sur la rareté de ces tumeurs.

Différentes observations sont échangées entre MM. **Depaul**, **Lancereaux**, **Gosselin** et **Bouley** sur la nature de la tumeur, sur l'explication physiologique de la douleur ressentie par le malade, et enfin sur l'origine parasitaire possible de la tumeur.

VARIÉTÉS

Les veuves et orphelins des médecins.

La Chambre, avant sa séparation, a renvoyé au ministre de l'intérieur une pétition, signée par un grand nombre de médecins de Paris et des départements, émettant le vœu que les veuves et les orphelins des médecins et chirurgiens qui succombent dans l'exercice de leurs fonctions aient droit à une pension et à des bourses dans les lycées.

M. Constans, ministre de l'intérieur, a répondu par la lettre suivante, adressée au président de la commission des pétitions :

Monsieur le Président,

Par une pétition dont la Chambre des députés a ordonné le renvoi au ministre de l'intérieur, un grand nombre de docteurs en médecine et d'officiers de santé, s'inspirant des dispositions d'une loi austro-hongroise qui concéderait des pensions aux veuves et la gratuité de l'instruction des enfants des médecins morts de maladies épidémiques contractées dans l'exercice de leur profession, demandent que ces avantages soient accordés aux veuves et orphelins des médecins français décédés dans les mêmes circonstances.

Il n'y a pas de différence, disent les pétitionnaires, entre le médecin qui tombe victime de son dévouement à la cause de l'humanité et le soldat qui meurt sur le champ de bataille ; tous deux sont, aux yeux de la patrie, aussi méritants et, dès lors, on ne voit pas pourquoi on refuserait aux uns ce que l'on accorde aux autres.

Sans méconnaître les titres que les médecins et les chirurgiens peuvent avoir à la reconnaissance publique lorsqu'ils exposent leur vie pour soigner les personnes atteintes de maladies contagieuses, il ne semble pas possible d'admettre l'assimilation qu'ils voudraient voir établir entre eux et les militaires, en ce qui touche les témoignages de cette reconnaissance.

Les médecins ne sont pas, en effet, comme des militaires, des serviteurs de l'Etat, et l'Etat ne leur doit, par suite, aucune récompense pécuniaire.

Le principe écrit dans toutes nos lois est que la pension n'est due qu'aux citoyens qui ont consacré leur vie au service de la nation et dans un intérêt exclusivement public.

Il a fallu des lois spéciales pour déroger à cette règle et accorder des récompenses pécuniaires aux citoyens non fonctionnaires de l'Etat et dont on a voulu cependant reconnaître le dévouement à la chose publique.

Il ne me semble donc pas possible d'introduire dans notre législation une disposition générale qui permette d'accorder des pensions aux veuves et la gratuité de l'éducation aux enfants de médecins morts de maladies contagieuses dans l'exercice de leur profession. Si on leur accordait ce privilège, comment le refuser à d'autres personnes qui, bien que dans une profession plus modeste, n'en sont pas moins exposées à tous les dangers de la contagion : garde-malades, infirmiers, etc. ?

Pourquoi encore ne pas admettre à la même faveur tous les citoyens qui, dans les professions diverses, poursuivent un but utile à la société et y sacrifient souvent leurs propres intérêts et quelquefois leur vie ?

L'exercice de la médecine a été considéré jusqu'ici comme l'exercice d'une profession libérale, justement honorée et généralement lucrative. Comme d'autres professions, elle a ses dangers ; mais c'est aux intéressés à les prévoir et à y parer par l'assurance ou la mutualité : l'assimiler à une fonction publique serait en changer complètement le caractère, et les pétitionnaires ne paraissent pas avoir mesuré toutes les conséquences qui pourraient découler de l'assimilation qu'ils proposent.

Quelque dignes d'intérêt que soient les situations dont se sont émus les pétitionnaires, je ne crois pas qu'il y ait lieu de donner suite à leur vœu ; toutefois, il paraîtrait appartenir plus particulièrement au ministre de l'agriculture et du commerce, qui a dans les attributions de son département les services d'hygiène publique, de se prononcer sur la question, et, comme il s'agit également d'une dépense fiscale, il semblerait que le ministre des finances dût être aussi consulté.

Si, au lieu de demander en faveur des veuves et des orphelins des médecins la reconnaissance d'un droit à pension, les pétitionnaires s'étaient bornés à faire appel à la bienveillance de l'Etat, les objections que j'ai soulevées disparaîtraient. Il est certain, en effet, que les familles des praticiens qui meurent victimes de leur dévouement à leurs devoirs professionnels ont des titres à cette bienveillance. Mon département est venu souvent en aide à leurs veuves ; de son côté, M. le ministre de l'instruction publique, qui a déjà répondu à la communication de la

même pétition, paraît disposé à examiner avec bienveillance les demandes de bourse formées en faveur de leurs enfants.

Agréez, etc.

Le ministre de l'intérieur et des cultes,

CONSTANS.

REVUE DES JOURNAUX

Scarlatine et varioloïde succession rapide de ces deux fièvres éruptives chez un même sujet, par M. ESTORC, interne des hôpitaux. (*Montpellier médical*, mai 1880.)

M. Estorc rapporte l'observation détaillée d'un jeune enfant de troupe qui fut atteint successivement de scarlatine et de varioloïde. Il tire de l'étude de ce fait et de quelques autres analogues les conclusions suivantes :

1° Notre malade a été successivement atteint d'une scarlatine et d'une varioloïde. Huit jours se sont écoulés entre le commencement de la desquamation scarlatineuse et l'apparition de l'exanthème variolique;

2° Les cas de ce genre sont très rare, nous n'avons pu recueillir que quatre observations analogues à celle que nous avons analysée;

3° La succession inverse de la scarlatine à la variole a été encore plus rarement observée. L'évolution simultanée des deux éruptions est au contraire assez fréquente.

4° Chez notre sujet, comme dans la plupart des cas, la marche générale des deux fièvres éruptives a régulièrement suivi son cours :

5° La scarlatine a exercée une influence locale sur l'éruption de la varioloïde, qui a présenté trois caractères vraiment remarquables : 1° au lieu de débuter par la face, elle s'est d'abord montrée sur le tronc. comme l'exanthème scarlatineux, dont elle a absolument suivi le mode d'envahissement ; 2° les pustules se sont groupées en nombre considérable autour des points primitivement atteints par la scarlatine ; 3° pas une seule n'a siégé sur ces points eux-mêmes.

Le premier de ces caractères nous paraît tout nouveau ; nous ne l'avons du moins trouvé nulle part chez les auteurs que nous avons consultés.

Les deux autres ont été déjà observés, mais dans des conditions différentes, dans la succession inverse de la scarlatine à la variole ou dans la coexistence de ces deux fièvres éruptives sur le même sujet.

Réunis tous les trois chez notre malade ils lui donnent un intérêt tout particulier et font de notre observation un des cas les plus complets qu'ont ait, en ce genre, observés jusqu'ici.

Traitement du cancer des organes génitaux de la femme par une nouvelle méthode par le Dr J. CLAY. (*Tribune médicale*, mai 1880).

M. le professeur John Clay, de Birmingham, rapporte dans la *Lancette* des faits de cancers de l'utérus qu'il aurait guéris par la thérapeutique interne seule. Ce traitement consiste dans l'emploi à l'intérieur de la térébenthine de Chio unie à la fleur de soufre. La formule suivante a été employée par l'auteur :

Solution de la térébentine de Chio. .	1/2 once.
Solution de gomme adragante.........	4 onces.
Sirop..................................	1 once.
Fleur de soufre.......................	40 grammes.
Eau pour faire 16 onces................	16 onces.

Prendre une once trois fois par jour. Dans plusieurs faits ce traitement aurait parfaitement réussi.

Reste à savoir si le diagnostic était absolument exact. On ne saurait dans ces cas donner trop d'exactitude aux détails cliniques et la confirmation histologique du diagnostic pourrait être faite. C'est là peut-être le côté faible de cette note.

NOUVELLES

— LÉGION D'HONNEUR. — Par décret rendu à Cherbourg, en date du 9 août 1880, ont été nommés :

Au grade d'officier :

M. le Moine (Eugène-Jules-Théodore), pharmacien en chef de la marine; 39 ans de services, dont 2 à la mer ou aux colonies. Chevalier du 10 août 1861.

Au grade de chevalier :

M. Martin-Dupont (Ferdinand-David), médecin de 1re classe de la marine ; 19 ans de services, dont 8 à la mer ou aux colonies.

M. Maillard (Etienne-Octave), médecin de 1re classe de la marine; 17 ans de services, dont 11 à la mer ou aux colonies.

— Une ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE ayant sévi parmi les troupes casernées à Vincennes, le fort a été évacué.

Les soldats campent sur le plateau de Gravelle et sur le champ de manœuvres.

— Par décret du Président de la République en date du 21 avril dernier, la naturalisation française exceptionnelle a été accordée à M. E. Perret, pharmacien suisse et français de première classe, chimiste et savant distingué, en récompense de ses travaux scientifiques et de ses actes de dévouement envers sa patrie d'adoption.

NÉCROLOGIE

Le Dr Lapeyrère, l'un des écrivains les plus brillants de la presse médicale, l'auteur mordant des *Notes d'un journaliste sur la chirurgie et la médecine contemporaines*, vient de s'éteindre obscurément à Boulogne-sur-Seine.

Sur sa tombe, autour de laquelle étaient réunis une trentaine de parents et amis, M. de Pietra Santa a rappelé en quelques paroles émues cette vie de luttes, de labeur et d'initiative. Sa généreuse pensée de création aux portes de Paris d'une maison de santé pour les épileptiques s'est heurtée, dès les premiers jours, contre des difficultés financières au-dessus de ses forces.

Samedi soir au banquet de l'*Association amicale de la Presse scientifique* présidé par M. C. Flammarion, la réunion s'est émue au récit de la triste position de cette intéressante famille, et séance tenante une souscription a été ouverte pour lui venir en aide, et pour graver sur une modeste plaque de marbre le nom de ce vaillant collègue tombé avant l'heure sur le champ de bataille du travail et du devoir (1) !

Les souscriptions sont concentrées au bureau de l'*Hygiène pour tous*, 20, passage Saulnier.

(1) Opinion de M. Lapeyrère sur la crémation : « Non seulement les Hébreux ont connu la crémation des morts, mais encore ils considéraient cette pratique comme un acte de vénération, de témoignage d'honneur, de reconnaissance publique. »

Création d'une maison d'épileptiques.

« C'est un milieu que j'offre à nos maîtres de Paris, à eux de l'utiliser au profit de ces infortunés de la classe aisée placés jusqu'ici devant cette double alternative : ou de suivre un traitement régulier dans des asiles d'aliénés ou d'être traités à la maison dans de mauvaises conditions de sécurité pour le malade et pour son entourage. »

Le Propriétaire-Gérant : V. CORNIL.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.

POUDRE FERRO-MANGANIQUE
De BURIN DU BUISSON

Pharmacien, lauréat de l'Académie de médecine.

Il suffit d'une petite quantité de cette poudre dans un verre d'eau pour obtenir instantanément une eau ferrugineuse, minérale, gazeuse, très agréable, qui se boit aux repas mélangée avec le vin. Elle est d'une efficacité constante dans toutes les affections qui réclament l'emploi de la médication ferrugineuse, et convient surtout aux personnes qui ne peuvent digérer les préparations ordinaires du fer. Elle a sur toutes les autres l'immense avantage de ne pas provoquer de constipation et de contenir du manganèse, que les savants considèrent comme indispensable au traitement par les ferrugineux.

Dépôt à Lyon, pharmacie Gavinet, et dans toutes les pharmacies.

PASTILLES

DE BURIN DU BUISSON

Aux lactates alcalins

Le professeur Pétrequin, qui a étudié l'action des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif, les prescrit dans les conditions suivantes :

1° *Pastilles simples aux lactates alcalins*, contre les digestions mauvaises, difficiles ; le gonflement de l'estomac et des intestins, avec sécheresse de la bouche et de l'arrière-gorge, avec ou sans irritation ; douleurs, aigreurs ou vomissements après les repas.

Dose : 6 à 8 après les repas.

2° *Pastilles aux lactates alcalins et pepsine* dans les cas particuliers où la pepsine est indiquée, alors que les facultés digestives sont altérées, languissantes et quelquefois nulles, ou à la suite d'affaiblissement général.

Dose : 6 à 8 avant ou après les repas.

Lyon, CANIVET, Paris, 7, rue de la Feuillade.

CAPSULES AU MATICO
DE GRIMAULT

Ces capsules, à enveloppe de gluten, contiennent l'huile essentielle de Matico, associée au baume de Copahu solidifié par la magnésie calcinée.

L'essence de Matico, outre son activité toute spéciale, possède la propriété de désinfecter le baume de Copahu et de le faire supporter par l'estomac. Contrairement à la capsule de gélatine qui se dissout dans l'estomac, les Capsules au Matico, grâce à leur enveloppe de gluten, se dissolvent à leur entrée dans l'intestin, ce qui leur donne une action rapide et directe sur les organes génitaux et urinaires.

Elles sont très efficaces dans le traitement de la *blennorrhagie*, de la *cystite du col* et des *affections catarrhales de la vessie*.

Dose : 8 à 12 capsules par jour, prise deux par heure, avant ou après les repas.

Paris, pharmacie, 7, rue de la Feuillade.

PEPTONES PEPSIQUES
De **Chapoteaut**, *pharmacien.*

Cette peptone est exclusivement préparée avec de la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la pepsine du suc gastrique ; elle ne doit pas être confondue avec les peptones actuellement répandues dans le commerce, préparées avec les pancréas de porc, susceptibles de s'altérer rapidement et qui contiennent des substances étrangères.

La conserve de peptone de Chapoteaut est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15° et se liquéfie à 35°. Elle contient, par cuillerée à café, 20 grammes de viande de bœuf. Elle s'administre ou pure ou dans du bouillon, dans des confitures ou du sirop, ou sous forme de lavements alimentaires. Elle ne précipite pas par l'acide nitrique, caractère distinctif des peptones gastriques.

Le vin de peptone de Chapoteaut contient, par verre à bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il se donne au commencement des repas.

Indications. — Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des vieillards et des enfants.

Dépot a Paris : Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue ; pharmacie POMMIÈS, 131, Faubourg Saint-Honoré, et les principales pharmacies de province.



Se vend chez les Épiciers et Pharmaciens.

SALICOL
DUSAULE

DÉSINFECTANT — ANTISEPTIQUE
ANTIÉPIDÉMIQUE — CICATRISANT

Le Salicol Dusaule a une odeur agréable, il n'est ni caustique ni vénéneux et plus efficace que les phénols et coaltars.

2 FR. LE FLACON DANS LES PHARMACIES.

LA BOURBOULE Lymphatisme et Scrofule, Maladies de la peau, des os, etc. — *Cette eau minérale transforme complètement* les enfants délicats, les adolescents débiles et les personnes affaiblies.

ROYAT La plus digestive et la plus agréable à boire des eaux minérales. — Affections arthritiques : *Anémie, Chlorose, Digestions pénibles, Goutte, Rhumatismes, Gravelle, Eczéma, Voies respiratoires*, etc.

CHATEL-GUYON Kissingen Français apéritive, toni-purgative, diurétique, stimulante du tube digestif. Rétablit sûrement les fonctions intestinales. *Constipation, Dyspepsie, Congestions, Engorgements*, &c.

Compie Génle de PRODUITS ANTISEPTIQUES
26, Rue Bergère, PARIS

ACIDE SALICYLIQUE
ET SALICYLATES
de SCHLUMBERGER et CERCKEL

Salicylate de SOUDE
Salicylate de QUININE
Salicylate de LITHINE
Salicylate de BISMUTH
Salicylate de ZINC

TARTRO SALICYLATE DE FER ET DE POTASSE

VIANDE ET QUINA
L'Aliment uni au plus précieux des toniques.

VIN AROUD AU QUINA
Et à tous les principes nutritifs solubles de la VIANDE

LE FORTIFIANT PAR EXCELLENCE

DES PHTHISIQUES, ANÉMIQUES, ENFANTS DÉBILES, Convalescents, Vieillards, Personnes délicates

5 fr. — Dépôt Gal chez J. FERRÉ, sucr de Aroud 102, rue Richelieu, PARIS, et toutes pharmacies.

APPAUVRISSEMENT DU SANG
FIÈVRES, MALADIES NERVEUSES

VIN DE BELLINI
AU QUINQUINA ET COLOMBO

Diplôme de Mérite a l'Exposition de Vienne

Ce *Vin fortifiant, fébrifuge, antinerveux* guérit les *affections scrofuleuses, fièvres, névroses, diarrhées chroniques, pales couleurs, irrégularité du sang* ; il convient spécialement aux enfants, aux femmes délicates, aux personnes âgées, et à celles affaiblies par la maladie ou les excès.

Adh. DETHAN, pharmacien, Faub. St-Denis, 90, à Paris, *et dans les pr. Pharmacies de France et de l'étranger.*

Exiger sur les étiquettes le **Timbre du Gouvernement français** et la **signature : J. FAYARD.** — Prix, 4 fr.

GOUDRON FREYSSINGE
LIQUEUR CONCENTRÉE ET TITRÉE NON ALCALINE

Les autres liqueurs sont préparées les unes par émulsion, les autres par solution, de toutes les parties inertes ou efficaces du goudron, à l'aide de soude, potasse ou ammoniaque ; ces dernières ne sont en réalité que des Savons liquides de goudron.

Le GOUDRON FREYSSINGE, au contraire, est préparé par concentration de l'eau de goudron du Codex ; il est légèrement acide comme elle, et inaltérable ; il peut être pris indifféremment dans l'eau, le lait, la bière et toutes sortes de vins ; il contient une quantité appréciable de créosote, ce qui rend son emploi précieux dans la médication créosotée, à titre d'adjuvant.

Se trouve dans toutes les Pharmacies. — Bien *préciser* le nom.